

社会医療保険制度と治療効果の不確実性(1)

著者	児玉 俊介
著者別名	Kodama Shunsuke
雑誌名	経済論集
巻	21
号	2
ページ	37-50
発行年	1996-01
URL	http://id.nii.ac.jp/1060/00005431/

社会医療保険制度と治療効果の不確実性(1)

児 玉 俊 介

目 次

1. はじめに
2. 医療の経済的特徴
3. 日本の社会保険医療制度

1. はじめに

急速な高齢化に従って我が国の国民医療費は、絶対額は言うまでもなく対GDP比も急激に増加しており、1994年度で7.1%に達している。その伸び率4%は近年の実質経済成長率1%前後を大幅に越えている。このままで推移すれば、高齢化のピークと目されている2025年には、GDP比率は厚生省の推計値12%を確実に越えよう。他方、社会保険料に公的年金への掛け金や税金も含めたいわゆる国民負担率は、租税負担率に変化がないと仮定しても、GDP比率52.5%になると推計されている。この水準は、現在のイギリスの水準を越えている。スウェーデンが国民負担率の余りの高さゆえに、経済成長率が鈍化したことは周知の事実である。このことを恐れる厚生省を始めとする我が国の政府は、医療保険制度や公的年金制度の度重なる変更や在宅介護制度の促進を通じて、社会保障関係費の見かけ上のGDP比率低下に躍起となっている¹⁾²⁾。

そもそも医療サービスは、必ずしも社会保険制度に基づいて供給する必要はなく、私的保険制度により市場メカニズムに供給を委ねることも可能である。不確実性の経済学や医療経済学の標準的文献で明らかにされているように、医療サービスを需要するときには消費者は不確実で大幅な所得

1) もちろん政府が重視しているのは、GDP比率という日本経済全体に関連する事柄ではなく、巨額の赤字国債残高と破綻寸前の財政収支であろうとは考えられる。

2) 本論で引用している具体的な数値は、断りのない限り『厚生白書』および『目で見る医療保険白書』のデータを利用している。

変動を強いられる。この危険を多数の人々で相互に負担するために、任意の私的医療保険が発生した。ところが、消費者と保険会社間の情報の非対称性を緩和し、保険の効率的供給を実現するために、差別保険料制度や免責制度を導入すると、医療サービスを多く必要とする社会的弱者は排除されてしまう。そこで、いわゆる「(医療) 需要の社会化」、すなわち強制的な社会保険制度により医療需要を支えることが、各国で実施されるようになった。我が国でも1960年以降「国民皆保険」が実現され、医療サービスは国民健康保険組合や共済保険組合などの、公的医療保険機関の運営する社会医療保険制度に基づいて供給されている。

国民皆保険制度の実現によって我が国の公衆衛生状態は大幅に改善され、乳児死亡率や平均余命などに代表される衛生指標は向上している。反面で、稲田(1987) 宇沢(1987) 鶴田(1995a) (1995b) 等多くの人々が指摘しているように、「3時間待って3分診療」という言葉に代表される慢性的な混雑状態が医療施設で発生し、診療面では必ずしも向上したとは言い難い。そして、それを補うように、「薬漬け」と言われる過度の投薬や、高額検査機器による過剰な検査、「検査漬け」が行われている。特に、高額検査機器は医療施設の「シグナル」としても機能しているため過剰に設置され、その設置費用を賄うためさらなる過剰検査を招いている。また、検査機器の高度化は高額化を招き、小規模な病院や診療所では設置できない。このため、若い医師の多くは開業医より勤務医を選択しており、今後の在宅介護に重要な役割を果たす開業医が高齢化するという皮肉な結果をも招いている。このように我が国の「社会医療保険制度」は多くの「歪み」を生み出しており、歪みをどのように解消するかは我が国の今後の医療制度を考える場合に不可避な論点である。

しかし、これまでの我が国の医療経済学の理論的研究の多くは、先進諸国、特にアメリカの医療制度に関心が向けられており、我が国の現行社会医療保険制度、「診療報酬制度」にはほとんど向けられていない。我国の診療報酬制度を念頭に置いたモデル分析となれば、僅かに西村(1977)、漆(1987)、中泉(1995)を数えるのみと言っても過言ではない。これは極めて奇妙なことと言わざるを得ない。なぜならアメリカの医療制度は根本的に私的医療保険制度によって支えられており、免責制度や定額制など、我が国の医療保険制度には無いシステムが多く採用されているからである。また、その結果、無保険者が多数存在するなど、必ずしも社会厚生上好ましくない結果も生んでいる。さらに社会厚生上好ましくない結果を生んでいるにも関わらず、医療費のGDP比率は我が国より遥かに高い。したがって先進事例として必ずしも参考になるとは考え難い。むしろ我が国の社会保険医療制度を的確に表したモデルを構築し、その中で分析を進めることが重要と考えられる。

上述の3つのモデルの中で漆(1987)は、診療報酬制度下での医師の行動を簡潔に分析している点で、社会医療保険制度の供給面での歪みを考察するに適当な素材を与えていると評価できる。そこで本論では、まず漆(1987)の分析に準拠しながら、医療サービスの特性である治療効果の不確実性や、医療行為である検査と入院およびそれらの費用も含められるようにモデルを拡張する。

そして、第一に、現行の社会医療保険制度下では、医療という特殊なサービスの持つ性格によって、医療は社会的に望ましい水準よりも過剰に供給される傾向を持つことを明らかにする。この結果は漆(1987)と基本的に同じである。第二に、治療効果の不確実性によって、その傾向の強まることを明らかにする。この場合、治療効果の不確実性とは、診察・投薬・手術などの医療の結果が医師にとっても不確実なことを意味する。Phelps(1992)も指摘しているように、治療効果の不確実性は医療サービスの持つ不確実性の中でも重要な要因の一つである。同時に、高齢化に伴い急増している癌などの慢性疾患の重要な特徴として、治療効果の不確実性を捉えることができる。第三に、以上の社会保険医療制度の持つ歪みに対して、診療報酬点数などの政策的変数の与える効果を検討し、診察に対する点数を高くし投薬や検査への点数を低くすることが、社会的に望ましい医療サービスの供給に繋がることを明らかにする。

本論の以下は次のような構成である。第2節では、後のモデル分析での諸前提を明確にするために、医療の経済的特徴を概括的に述べる。第3節は、同様の目的で、我が国の社会保険医療制度の特徴およびその「歪み」と従来の対策を明らかにする。第4節では、漆(1987)に準拠した社会保険医療制度モデルを説明する。第5節でモデルでの「歪み」の発生を確認し、第6節では、診療報酬点数や薬価基準、不確実性の度合いなどのパラメータの歪みへの効果を考察する。第7節は、結語として、今後の我が国の医療制度の改正点について述べる。

2. 医療の経済的特徴

医療には、通常の生産物とは異なる幾つかの重要な特徴がある。それは、第1に医療がサービスであるという点と、第2に医療には様々な不確実性が伴っているという点である。

2-1 「サービス」としての特徴

「サービス」は「財」と異なる次のような特徴を持っている。

- ① フローのタームでは、需要が供給を決定し即時に供給される。
 - ② 需要が供給を超過したときには、
 - i) 高いサービスを購入する、
 - ii) サービスの供給の質を低下させる、
- という調整が行われる。ほかにも、サービスの需給調整には、
- iii) サービスの需要時間を振り替える、
 - iv) サービスの購入をあきらめる、

といった方法もあるが、医療ではこれらの調整はその性質上不可能である。

- ③ 需要者も生産に参加する。

2-2 医療の特徴

医療もサービスの一つだが、通常のサービスの特徴に加えて次の特徴を持っている。

- ① 需要が不規則で予想できないため、需要（疾病）の不確実性が存在する。
- ② 消費者（患者）には常に生命の危険が伴い、緊急性が極めて高い。
- ③ 消費者と生産者（医師）の間に大きな情報の非対称性が存在し、結果として医師が需給量を決定する。
- ④ アウトプットの質に関して不確実性が大きく、治療効果の不確実性が存在する。
- ⑤ 伝染病予防などの公衆衛生については公共財的性格が強い。

傷病という性格上当然のことなのだが、不確実性や情報の非対称性が、医療を他の財やサービスとは性質を大きく相違させている。

2-3 市場経済と医療サービス

2-1と2-2で述べた特性を持つ医療サービスを、市場メカニズムで扱ったばあいには、不確実性の経済学では周知のさまざまな困難が生じる。

2-3-a 需要面

医療サービス需要には、消費時点と消費額の不確実性と共に、緊急性が極めて高くしかも需要時に消費者に所得変動を強いるという特徴がある。これらの危険回避手段としては保険制度が存在するが、1節で述べたように、私的保険制度によって効率的に供給しようとする、逆選択が起きてしまう。このため、真に医療サービスを必要とする人たちが、保険制度に加入できず医療サービスを消費できなくなってしまう。

2-3-b 供給面

消費者と供給者の間に、供給される医療サービスに関する情報の非対称性が存在し、消費者が供給される医療サービスの質に関して正しい判断ができない。このため、市場メカニズムに委ねたときには、良質な医師は市場から退出してしまう。これを防ぐために、シグナルとして国家試験に基づく医師免許制度が実施されている。しかし、それが有効に機能していないと消費者に思われているために、別のシグナルを消費者は求めている。例えば、投薬量、投薬される薬品の稀少性、検査機器の金額、医師の学歴などなどである。

他方、医師も必ずしも万能ではない。医師も治療効果に関しては不確実性を有しており、効果測

定についてはむしろ患者の方が情報面では優位にある。つまり、治療効果について情報の非対称性が存在し、治療効果について医師は必ずしも正しい判断はできない。したがって、通常のプリンシパル＝エージェンシー問題での有効な解決法である、消費者による事後的な結果に基づく報酬システムは最適な結果をもたらさない。患者が治療効果について嘘を述べ、適切な報酬が医師にもたらされない可能性が生ずるからである。良質な医師はすべて退出してしまう、という逆選択が起きるであろう。

2-4 公的制度に基づく医療需要と医療供給

2-3 項の事態を避けるために、多くの国では、医療は市場メカニズムではなく公的制度で取り扱われている。その最も典型的な姿が、強制的な社会医療保険制度とそれに基づく医療の供給体制である。なお、社会医療保険制度の下では、需要(傷病)の不確実性による医師(生産者)収入のリスクは患者(消費者)が負担し、患者のリスクは患者が相互に社会保険制度で分散して負担しあっていると言えよう。

2-4-a 需要面

アメリカを除くほとんどの国では、社会医療保険制度が導入され、いわゆる「需要の社会化」が実施されている。アメリカでも65歳以上の高齢者と身体障害者については、メディケアないしメディケイドという社会保険制度が導入されている。社会医療保険制度の特徴は次のようである。

- ① 保険料と給付額が各個人の危険度とは無関係に定められる。
- ② 強制加入。
- ③ 公的機関で運営され、収支の不足は公的に補助される。

2-4-b 供給面

すべての国で医師は資格制度が導入され、医療サービスの「質」の確保が計られている。これは同時に、医療は医師によって独占的に供給されることを意味している。

具体的な医療供給システムは国によって異なり、イギリスのように医療機関が公企業としてしか存在しないケースから、公企業と私企業の混在、私企業としてのみ存在するケースまで幅広い。

医師あるいは医療機関に対する報酬制度としては、2つにまとめることができ、一つは点数制度に基づく「出来高払制」であり、もう一つは出来高とは無関係な「給料制」あるいは「定額制」である。アメリカでも、市場メカニズムによって医療サービスが供給されていると言っても、実際には、保険会社の規定によって、出来高払い制か定額制に基づいて報酬の支払われていることが多い。

3. 日本の社会医療保険制度³⁾

我が国でも、1960年以来「国民皆保険」が実現され、社会医療保険に基づく医療需要と医療供給が実施されている。理想的には我が国の制度はイギリス型の医療保険制度を目指していたと推測されるが、他の諸国と同様に、我が国の制度も歴史的経緯によりさまざまな制約が課されており、必ずしも理想的姿とはなっていない。特に供給面でのギャップはかなり大きいと推測される。

3-1 需要面

現行社会医療保険制度下での需要面の特徴は次のようにまとめられる。

- ① 強制加入による国民皆保険。
- ② 各人の属する保険組織は先決され、組織によって給付内容や負担に相違。
- ③ 保険給付内容が定型（一律）化され、個人的事情に応じた細かな内容ではない。
- ④ 公的機関による運営。
- ⑤ 一部被保険者の自己負担金あり。

これらの制度的特徴の結果として、需要面では以下の現象が見られる。

- i) 個人によって医療サービス価格が異なる。
- ii) 医療サービスの消費者価格は生産者価格よりかなり低い。

3-2 供給面 — 保険医療制度 —

社会医療保険の供給面、すなわち保険医療制度の特徴は次のようにまとめられる。

① 自由開業医制

需要面は社会化されているのに対して、我が国では医療サービスの多くは私企業により供給されている。これは、似たような社会医療保険制度を実施しているヨーロッパ諸国との決定的な相違である。それらの国では、医療機関は国営や公営が多く非営利的に運営されている。これを「医療の社会化」と呼ぶことがある。

保険医としての登録は、医師本人の申請に基づいて行われ辞退も可能であるが、ほとんどの医師は保険医である。各医療機関すなわち企業（供給者）は、非営利的で利潤を追求しない（ことになっている）。

3) 往々にして混同されがちだが、「医療保険」と「医療サービス」は区別して考える必要がある。しかし、日本の現状では、社会保険に基づく保険医療制度なので両者を区別するのが実際には困難である。

② 点数制度

保険医は医療保険の対象となる医療行為から報酬を得るが、その内容・価格は、略称「点数制度」と呼ばれる「点数単価・出来高払い方式」の診療報酬制度により既定されている。

③ 薬価基準

薬剤も点数の対象であり、保険対象の薬剤の種類・価格は「薬価基準」により決定される。薬価基準は「加重平均値方式」で決まっており、薬価基準と市場価格の間に差益（マージン）が発生している。

薬剤などは私企業が生産しているが、この点も、薬剤は公的企業が供給しているイギリスなどの諸国との決定的相違を生んでいる。また、薬剤会社と医師（病院）の相対取引のため、薬剤の仕入値は「交渉」により決定される。「交渉」による決定が、差益の発生する重要な原因の一つと言われており、製薬会社と医療機関の癒着を生みやすい。

これらの制度的特徴の結果として、供給面では以下の現象が見られる。

- i) 医療サービスの生産者価格は政府が統制。
- ii) 独占的競争企業（製品差別化がある？）による供給。
- iii) 参入に制限がある。
- iv) 薬価はマージン（独占利潤）が生まれるように設定されている。

3-3 国民医療費の増加

現在の我が国を始めとした先進諸国の医療経済に関する最も大きな悩みは、医療費が絶対的にも相対的にも、国民所得の上昇と共に急増している点である。我が国のばあい、国民医療費、特に医療（社会）保険費は、絶対額は言うまでもなくGDP比でも年々増加傾向にある。しかも、1件あたり受診日数（診療実日数）は漸減しているが、医療サービスの価格とみなせる1日あたり診療費では増加している。一般に指摘されている医療費増加の原因をまとめれば次のようである。

3-3-a 需要面

① 人口構成の高齢化

高齢化に伴い、疾病構造が変化し、癌や心臓病などの慢性的疾患、いわゆる老人病の比率が多くなった。このため1件当たり医療費が高額化すると同時に治療期間が長期化し、医療費が高くなったと言われている。しかし、鵜田（1995a）や二木（1995）などは、実証的には必ずしも因果関係は有意ではないと主張している。

② 保険制度の変化

いわゆる「福祉元年」と呼ばれる1970年以降1982年まで、数度に渡り給付率引き上げや老人向け

医療費の無料化が実施された。このため医療の消費者価格は低下し、当然のことながら需要は急増した。なお、高度成長期には保険料の徴収ベースが拡大を遂げていたために、保険組合の収支の悪化は目立たなかったが、オイルショック後に低成長期に移行すると、収支の悪化が顕在化し始めた。典型的に現れたのが国民健康保険組合であり、食管制度、国鉄と並ぶ「3K赤字」と言われるようになった。

③ 保健・医療に関する国民意識の向上。

アメリカなどの先進諸国で指摘されているが、一人当たり国民所得が上昇し教育水準が向上すると、医療に関する人々の知識や意識も向上して、より多量かつ高度な医療サービスを求めるようになると言われている。しかし、中西(1995)によれば、アメリカでの実証研究では必ずしも教育水準と医療費との相関関係は明らかではない。むしろ意識が向上すると、喫煙や飲酒の抑制など健康的な生活を求めるようになり、医療需要は低下するという主張もなされている。

3-3-b 供給面

医療費増加は、需要の増加、すなわち需要曲線のシフトによる面も否定できないが、生産費の上昇、すなわち供給曲線のシフトにより増加している面も大きいと考えられる。

① 医療の高度化

近年の医学・薬学の進歩は目覚ましいものがあり、次々と新たな機器や薬品が開発されている。しかし、反面で研究開発費の巨額化やコンピュータの多用により、医療機器、検査機器および新薬は、その単価が高額化しており、1日当たり診療費を押し上げている。すなわち、固定費用と可変費用の両面で医療サービスの生産費は上昇している。

② 医療供給体制の整備

我が国の医療従事者数は、1960年の皆保険実施当時は、人口10万人当たりでは110人と、先進諸国の半分以下であった。このためその増加が急務とされ、医学部や看護学校が増設されていった。その後は着実に増加の一途をたどり、医師については、2000年に人口10万人当たり220人と欧米の水準に達し、2025年には10%過剰気味になると言われている。しかし、看護婦についてはなお不足している。特に看護婦は人数的には医師の約6倍であるのに、給与総額は医師の約半分と給与水準の低さが指摘されており、その改善も急務である。当然のことながら、医療従事者数とその給与水準が改善されていけば、医療サービスの人件費は増加し医療費も膨らんでいく。

他方、医療企業の固定的生産要素の一指標である病床数も年々上昇している。意外にも、我が国の1万人当たり135床という数字は、欧米先進諸国の平均100床前後よりも高い。しかしこれは、必ずしも我が国の医療水準の高さを表してはいない。なぜなら、100床当たりの職員(医師、看護婦など)数は、欧米先進国の2割強から高々4割強に過ぎないからである。むしろ、入院患者を増加させた

方が経営的には効率的なために、不必要に設置されていると考えられる。このことは、医療費の構成比率で、入院費の高いことから支持されよう。あるいは、多くの病床が中小規模の私立病院に多く設置されていることも、この推測を裏付けると考えられる。入院させてしまえば、診察は比較的不要であるし、省人的資源の投薬や検査を実施できるからである。

3-4 現行医療制度の「歪み」と従来の対策

我国の国民医療費は、1節で述べたように、絶対的にも相対的にも増加の一途をたどっている。原因として3-3で5つの事項を指摘したが、3-3-aの②で述べた保険制度については、近年次々と対策が打たれている。しかし、それ以外の原因は強まりこそすれ弱まることがない。このため、厚生省では国民医療費抑制、特に国民医療費のGDP比率減少ないし維持を政策目標としている。

ところで、それら原因の幾つかは、現行医療保険制度の「歪み」によってもたらされた弊害であり、回避可能ないし規模縮小可能との指摘が多い⁴⁾。以下では、これらの「歪み」を指摘し従来の対策を概観する。

3-4-a 現行医療保険制度の「歪み」

稲田(1987)、宇沢(1987)や鵜田(1995a)(1995b)など多くの人々は、社会的な価値判断から導入されている社会医療保険制度だが、そのために効率的な医療供給は妨げられ、「歪み」すなわち非効率的な資源配分や社会厚生への損失が生じていると主張している。彼らの主張は、以下のようにまとめられる。

- ① 保険制度によりモラルハザードが生じ、過剰に医療サービスが消費(供給)されている。
- ② 「3時間待って3分診療」と言われるように、患者数は多く診察時間が短い。
- ③ 薬価基準と市場価格の間の差益により、医療費に占める注射・投薬などの薬剤費比率が高く、国際的にも過多である。
- ④ 医療費中に占める検査費比率が増加している。高額医療設備への過剰投資が原因と見られる。
- ⑤ 医療費中に占める入院費比率が大きい。結果として病床数が国際的にみて過多である。
- ⑥ 医師数や生産額の比率での(個人)診療所が減少し、逆に(大規模)病院は増加している。特に青壮年層の医師では、診療所勤務(開業医)の比率は減少しており、病院勤務(勤務医)の比率が高くなっている。

鵜田(1995a)は、これらの「歪み」は次のように関連しているとしている。①は社会医療保険制度を導入している国家全般に共通の現象だが、日本では慢性的に医療従事者数や医療施設数が不足

4) 稲田(1987)、江見・加藤編(1980)、江見編(1984)、宇沢(1987)、西村(1987)、鵜田(1995a)。

しているため、②の現象が顕著に現れている。そして、診察の不足を補うために投薬や検査が濃厚に実施され、③から⑤の現象が生ずる。

鶴田は⑥については指摘していないが、この連関に次のように組み込むことができよう。④の検査を実施できるためには、検査機器の高額化により多額の初期資本が必要となっている。すると、病院は費用通減産業となり、大規模であるほど効率的生産すなわち費用減少が可能となる。点数制度により販売価格は規制されているから、効率的生産を実施できる病院ほど利潤は大きくなり、従業員の給与も高くなる。この連関は、高額医療機器が患者に対して「シグナル」として機能しているならば、さらに密接となる。

3-4-b 従来の方策

厚生省では国民医療費抑制を達成するために、この「歪み」を解消すべく幾つかの方策を実施している。まず、需要面については消費者価格を上昇させている。

① 消費者価格の上昇

医療サービスの消費者価格とは、社会医療保険制度の下では、保険料および自己負担金と考えられる。これらの上昇により、需要を抑制しようとしている。具体的には、1973年以降数次に渡り保険料率を上昇させている。また、1982年に「老人保険法」を制定し、それまでの老人医療無料を取り止め自己負担制度を導入した。さらに老人保険の自己負担金を1986年、1992年、1995年と上昇させている。また、老人以外の消費者については、保険加入者本人について、1984年に無料から1割自己負担に切り替えており、将来的には2割負担も企図している⁵⁾。

次に供給面については、薬価基準と点数制度すなわち生産者価格を、以下の事項を目標として改訂している。

- i) 診察の向上、すなわち「3分診察」の解消。
- ii) 投薬・注射の抑制、すなわち「薬漬け」の解消。
- iii) 検査の抑制。
- iv) 入院の抑制、すなわち長期入院の解消と在宅療養の推進。

② 診療報酬の引き上げ

診療報酬（技術料）は、1974年（35%）、1978年（9.3%）と引き上げ、その後も、表1に見られるように、84年、88年、90年、94年と平均で3～4%ずつ上昇させている。この結果、1982年を100とすると平均で30%の上昇となる。

③ 薬価基準の引き下げ

5) 1984年度の本人自己負担の実施に際して、厚生省案では2割が予定されていた。

社会医療保険制度と治療効果の不確実性(1)

表1 点数改訂と医療行為費目別変化^(注)

年 度	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
診療報酬変化(%) (1982=100)	0.3	2.8	3.3	2.3	0	3.4	0.1	3.7	0	5.7		4.8
	0.3	3.1	6.5	9	9	12.7	12.8	17.0	17.0	23.7	23.7	30.0
薬価基準変化(%) (1982=100)	-4.9	-16.6	-6	-5.1	0	-10.2	2.4	-9.2	0	-8.1	0	-6.6
	-4.9	-20.7	-25.4	-29.2	-29.2	-36.3	-34.8	-40.8	-40.8	-45.6	-45.6	-49.2
診 察(%)	15.7	16.4	17.1	15	14	13.5	13.3	13.9	13.3	12.7	12.2	n.a.
在宅療養(%)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	0.9	0.9	1.0	0.9	1.3	1.5	n.a.
処 置(%)	2.8	2.5	3.1	3.6	3.7	5.0	4.8	5.3	5.6	4.9	5.4	n.a.
手 術(%)	4.0	5.8	4.8	5.7	5.6	3.3	2.9	3.5	3.3	4.4	4.7	n.a.
手術+診察(%)	22.5	24.7	25.0	24.3	23.3	22.7	21.9	23.7	23.1	23.3	23.8	n.a.
投薬+注射(%)	38.8	34.3	32.8	31.6	32.5	32.7	34.2	32.0	32.8	31.7	31.4	n.a.
画像診断(%)	3.5	3.7	4.3	3.7	3.8	4.1	4.1	4.4	4.5	4.4	4.1	n.a.
検 査(%)	12.5	12.6	12.2	10.9	11.3	10.9	10.9	11.2	11.0	10.8	10.5	n.a.
画像+検査(%)	16.0	16.3	16.5	14.6	15.1	15.0	15.0	15.6	15.5	15.2	14.6	n.a.
入 院(%)	19.8	21.7	22.7	26.7	26.4	26.7	25.8	26.0	25.8	27.4	27.8	n.a.
理 学 療 法(%)	1.6	1.6	1.6	1.4	1.5	1.6	1.6	1.1	1.1	1.2	1.2	n.a.
麻 酔(%)	0.5	0.6	0.5	0.6	0.5	0.6	0.7	0.7	0.6	0.7	0.7	n.a.

(注) 本表および図1で、「手術+診察」とは、診察・在宅療養・処置・手術の各項目の百分比の総和であり、「画像+検査」とは、画像診断・検査の各項目の百分比の和である

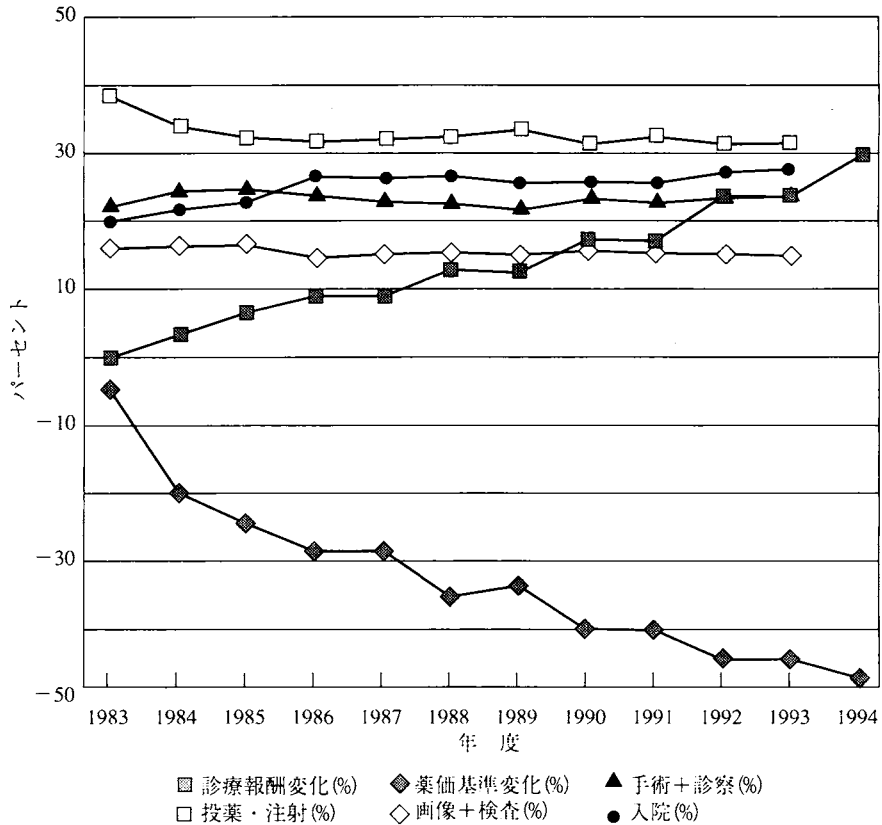
(資料) 『保険と年金の動向』より作成

1981年(18.6%)、84年(16.6%)、88年(9.2%)と薬価基準を大幅に引き下げ、表1に見られるように、1990年以降も隔年で数%ずつ引き下げている。この結果、1982年を100とすると平均で49.2%の下落となる。さらに1992年には、薬価の評価方式を「加重平均値一定価格幅方式」に変更した。しかし、それでも差益は無くなっていないと指摘されている。

このように、保険料や負担率を上げて需要を抑制したり、生産者価格(点数)の変化により供給内容を改善させて、歪みを解消しようとする努力は既に実施されている。ではその効果はどうであろうか。

①の需要抑制策により、需要量としての診療実日数は低下しているが、価格としての1日当たり診療費は上昇しており、そのため医療額そのものは増加している。②ないし③の生産者価格対策については、表1および図1からは、目標のii)とiii)については半ばは成功しているように見られる。たび重なる薬価基準改訂により、「投薬・注射」比率はトレンドとしては低下傾向にあり、「画像+検査」比率もほぼ横這いだからである。しかし、「手術+診察」比率そのものは近年はほとんど変化がなく、診療報酬改定が効果をもたらしたとは見なし難いから、目標のi)は成功しているとは言えそうにない。さらに「入院」比率はトレンドとして上昇傾向にあり、現時点では上記目的のiv)が達成されているとは見なせない。したがって比率としては変化が無くとも、「投薬・注射」や「画像+検査」の単価、すなわち新薬や検査機器の価格が上昇しているために、1日当たり診療費を押し

図1 点数改訂と費目別変化^(注)



(『保険と年金の動向』より作成)

(注) 本図で示しているデータは、表1で網掛けを付したデータに対応している

し上げていると考えられる。また、高齢化に伴い慢性的疾患の比率が上昇すれば、「入院」はさらに上昇し1日当たり診療費を上昇させるであろう。

そもそも、医療サービスは必需財であり価格非弾力的と考えられている⁶⁾。であるとすれば、消費者価格を操作したとしても、需要量はさほど変化しないであろう。また医療需要が所得弾力的であることは、ほとんどの実証分析の結果が一致している。すると、医療需要が価格非弾力的ならば、経済成長に伴う医療費の増加は不可避といえる。これに対して生産費の変化は、生産者価格を通じて生産額を容易に変化させる。特に、医療サービスの取引量は医師(生産者)が決定することを考えると、歪みの根本的原因は、やはり薬価基準や点数制度、すなわち供給側にこそあると言えるのではない。同時に、これまでの薬価基準や点数制度の改訂では、不十分であったと考えられるの

6) ただし、鵜田(1995a)によれば、OECDの近年の実証分析では、医療はむしろと奢侈剤、すなわち価格弾力的という結果も得られている。

ではないか。

次節以降では、歪みを発生するメカニズムが現行診療報酬制度に内在していること、またその解消には点数制度の改訂が有効であることを、モデル分析に基づいて改めて確認してみよう。

参 考 文 献

- 稲田献一（1987），「健康保険診療報酬について」宇沢弘文編『医療の経済学的分析』日本評論社，21-39。
- 医療保険制度研究会編，『平成6年版目で見える保健医療白書』ぎょうせい。
- 宇沢弘文（1987），「経済学的側面からみた望ましい医療制度」宇沢弘文編『医療の経済学的分析』日本評論社，3-20。
- 漆 博雄（1987），「診療報酬制度における医師の行動」宇沢弘文編『医療の経済学的分析』日本評論社，93-112。
- 江見康一・加藤寛編（1980），『医療問題の経済学：日本の現状と将来予測』日本経済新聞社。
- 江見康一編（1984），『医療と経済』中央法規出版。
- 厚生省編，『平成5年版厚生白書』ぎょうせい。
- 厚生省編，『平成6年版厚生白書』ぎょうせい。
- 厚生省編，『平成7年版厚生白書』ぎょうせい。
- 厚生統計協会，『1995年保険と年金の動向・厚生指標』厚生統計協会。
- 厚生統計協会，『1995年国民の福祉の動向・厚生指標』厚生統計協会。
- 妹尾芳彦（1984），「医療費抑制の経済分析」社会保障研究所編『医療システム論』127-148。
- 知野哲朗（1995），「医療サービスの生産と病院組織」鵜田忠彦編『日本の医療経済』東洋経済新報社，41-54。
- 鵜田忠彦（1995a），「国民医療費と医療制度」鵜田忠彦編『日本の医療経済』東洋経済新報社，3-24。
- 鵜田忠彦（1995b），「日本の医療サービス市場の諸問題」鵜田忠彦編『日本の医療経済』東洋経済新報社，87-102。
- 中西悟志（1995），「健康と医療需要の決定要因」鵜田忠彦編『日本の医療経済』東洋経済新報社，25-39。
- 中泉真樹（1995），「医療における情報の非対称性と保険理論」鵜田忠彦編『日本の医療経済』東洋経済新報社，189-210。

- 二木 立 (1985), 『医療経済学：臨床医の視点から』 医学書院。
- 二木 立 (1995), 「医療費「高齢化で増加」は誤解」「経済教室」『日本経済新聞』1995.12.13。
- 西村周三 (1977), 『現代医療の経済学的分析』メヂカルフレンド社。
- 西村周三 (1987), 『医療の経済分析』東洋経済新報社。
- 松山幸広 (1994), 『アメリカの医療改革－日本は何を学ぶべきか』東洋経済新報社。
- 吉川 洋・漆 博雄 (1987), 「国民医療費の対国民所得比率について」宇沢弘文編『医療の経済学的分析』日本評論社, 113-135。
- Arrow, K.J. (1963), “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, *American Economic Review* 53(5), 941-973.
- V.R. フュックス (1974), 『サービスの経済学』(江見康一訳) 日本経済新聞社。
- V.R. フュックス (1977), 『生と死の経済学：誰のための医療か』(江見康一訳) 日本経済新聞社。
- Pauly, M.V. (1980), *Doctors and the Workshops: Economic Model of Physician Behaviour*, University of Chicago Press.
- Pauly, M.V. (1986), “Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medician Economy”, *Journal of Economic Literature* 24, June, 629-675.
- Phelps, E. Charles (1992), *Health Economics*, Harper Collins Publishers.